

УДК 616.89 – 008.454:615

Л.О.Герасименко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ У ЖІНОК
ІЗ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Ключові слова: тривожно-депресивний розлад, раціональна психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія.

Проведене дослідження свідчить про доцільність та ефективність використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексному лікуванні тривожно-депресивного розладу. Доведено, що когнітивно-поведінкова психотерапія сприяє покращенню загальної ефективності лікування та зменшує ризик виникнення рецидивів тривожно-депресивного розладу.

Останнім часом серед науковців спостерігається зростання зацікавленості щодо проблеми тривожних і депресивних розладів, у тому числі серед пацієнтів терапевтичного профілю. Щороку у світі кількість депресій зростає, що призводить до економічних збитків та надає цій проблемі поряд із медичним важливе соціальне значення. Цікавість до проблеми розладів тривожно-депресивного спектру при різноманітній соматичній патології визначається їх розповсюдженістю, соціальною значимістю, впливом на працездатність, а також результатами чисельних клінічних, нейрохімічних, нейрофізіологічних досліджень, які свідчать про спільність деяких патогенетичних механізмів даної патології. Окрім, власне, клінічної значимості тривожно-депресивної симптоматики, важливим є і її негативний вплив на перебіг соматичних захворювань та серйозні соціально-економічні наслідки внаслідок росту поширеності і тяжкості відповідних захворювань. Згадані тенденції знаходять

відображення у актуальних клінічних і фармакоепідеміологічних дослідженнях, покликаних більш детально дослідити як клінічні аспекти даної патології, так і знайти нові шляхи терапії, що здатні будуть підвищити її ефективність і безпечність.

Депресія – психопатологічний стан, що характеризується поєднанням пригніченого настрою і зниженням психічної та рухової активності із соматичними вегетативними симптомами.

Тривога – це негативне емоційне переживання, що обумовлене очікуванням чогось небезпечного і має дифузний характер та не пов'язане із конкретною подією.

Все більшої уваги привертає поєднання тривоги та депресії. У сучасній Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду та DSM-IV це відтворюється, як два різні клінічні феномени, але поряд із цим наявне існування тривожно-депресивного розладу (рубрика F41 у МКХ-10). За даними, як вітчизняних так і зарубіжних вчених, останні дослідження доводять, що тривога та депресія є коморбідними. За даними ВООЗ, на початок XXI сторіччя питома вага депресивних та тривожних розладів складає близько 40% в загальній структурі психічної патології.

Тривога є невід'ємною складовою клінічної картини багатьох психічних, неврологічних та соматичних розладів. Відомо, що на тривожно-депресивний розлад частіше хворіють жінки. Тривожно-депресивні розлади впливають на якість життя пацієнтів, порушують сімейні стосунки, сексуальну гармонію, фізичну, психічну та соціальну адаптацію, мають негативний вплив на перебіг супутньої соматичної патології. Це потребує подальших наукових розробок щодо даної проблеми з метою своєчасного виявлення, призначення та вдосконалення комплексної терапії у пацієнтів з тривожно-депресивним розладом.

У зв'язку із цим, метою нашого дослідження стало напрацювання і вивчення ефективності використання комплексу діагностичних, терапевтичних та психотерапевтичних заходів із застосуванням когнітивно-поведінкової

психотерапії при тривожно-депресивних розладах у жінок із різноманітною соматичною патологією.

Проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та соціологічне обстеження 88 пацієнтів-жінок на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева з діагнозом тривожно-депресивний розлад (F41.2). Усі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. В процесі дослідження з метою оцінки визначення вираженості депресивної симптоматики використовували шкалу депресії Гамільтона, а для вивчення тривожної симптоматики – шкалу Спілбергера-Ханіна. Соціально-демографічний метод (розподіл за сімейним станом, рівнем освіти, професійною діяльністю, матеріально-побутовими умовами і т.п.) використовували для аналізу впливу даних чинників на формування депресивних та тривожних розладів.

Вік пацієнтів коливався від 29 до 57 років включно. Переважали хворі у віці 32-44 роки. Більшість обстежених проживали у місті – 56.8%, у сільській місцевості проживали 43.2% обстежених. За сімейним статусом пацієнти розподілилися наступним чином: перший шлюб – 45.6%, повторний шлюб – 33.6%, громадський шлюб – 11.7%, одинокі (розлучені, вдови) - 9.1%. За рівнем освіти значна частина обстежених мали середню 27.9% та середню спеціальну освіту 29.3%, вищу та неповну вищу освіту 14.9% та 27.9% відповідно. Працювали – 79.2%, пенсіонери – 14.9%, безробітні – 5.9%.

На патологію травної системи страждали 56.8% обстежених, 34.1% мали захворювання серцево-судинної системи і у 9.1% пацієнтів відзначались порушення з боку дихальної системи.

Пацієнти були поділені на основну (60 жінок) та контрольну (28 жінок) групи із максимально можливим збереженням співвідношень соматичної патології та соціально-демографічних показників. Пацієнти контрольної групи отримували стандартне комплексне лікування, а в основній групі окрім комплексу стандартних методів лікування використовувалась когнітивно-поведінкова психотерапія.

Ми прагнули дослідити та оцінити ефективність використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексі терапевтичних заходів у жінок з тривожно-депресивним розладом та соматичною патологією на фоні призначення стандартних процедур лікування (шляхом порівняння ефективності лікування та частоти рецидивів протягом року у осіб які отримували різний обсяг психотерапевтичної допомоги).

Лікування пацієнтів було спрямоване перш за все на усунення тривожно-депресивної симптоматики, відновлення їх соціально-психологічного функціонування.

Психотерапія застосовувалась патогенетично і індивідуально обґрунтовано, у комплексі лікувальних впливів, із поєднанням індивідуальних та групових форм роботи. Поставлені завдання реалізовувались у певній послідовності, що забезпечувала максимально ефективне поєднання елементів раціональної та когнітивно-поведінкової психотерапії.

I етап «оцінка психоемоційного стану»

II етап «формування психотерапевтичного альянсу»

III етап «Медико-психологічна реабілітація»

IV етап «психологічний супровід та аналіз ефективності можливого позитивного результату». Провідним призначенням даного етапу було закріплення досягнутого позитивного результату, формування навичок психічної саморегуляції, поява сформованої системи життєвих цілей, цінностей, відношення до захворювання та навколишнього середовища.

Пацієнтам проводили сеанси індивідуальної раціональної психотерапії, у тому числі за умови зустрічей в процесі повсякденних контактів лікаря із пацієнтом. Такі обставини психотерапевтичного процесу мали бути покликані сприяти максимально активній участі пацієнта у лікувально-діагностичних заходах, підвищувати особисту відповідальність пацієнта за ефективність здійснюваних впливів.

Базовими елементами тривожно-депресивного синдрому, як правило, виступають невпевненість у собі і атрибуція ворожості, негативне ставлення до

себе і оточуючого. Тому психотерапевтичні заняття мали важливе значення, виконуючи для пацієнтів стимулюючу, адресно впливаючи на такі переживання, як неспроможність і втрата самоконтролю. Велика увага надавалась підвищенню самоповаги хворих, створенню умов для відчуття пацієнтами своєї активної позиції у лікувально-реабілітаційному процесі, потенціюванню у хворих готовності до ще більш ретельного виконання вимог терапевтичного режиму. Важливим результатом було набуття ефективних прийомів опосередкованого психокорекційного впливу як на родичів хворого, так і на оточуючих його пацієнтів із схожими проблемами, особливо зарахованих до однієї психотерапевтичної групи.

Заняття у психотерапевтичних групах сприяли виникненню і закріпленню у пацієнтів почуття належності до групи. Такі відчуття породжують ефект захищеності, безпеки через належність до доброзичливо налаштованої групи, окрім того, відбувається зміна уявлень про неповторність і виключність свого захворювання. Таким чином психотерапевтичний ефект спрямовується на базові елементи тривоги, внаслідок чого відзначалося зменшення пов'язаного із цим напруження, формувалася переоцінка відношення до своєї хвороби, зміцнення віри в успіх лікування, підвищення самооцінки, формування адекватних життєвих планів.

Психотерапевтична стратегія реалізовувалась не лише по відношенню до самого хворого, а й спрямовувалась на найближче соціальне оточення, особливо сім'ю, котра виступає однією із головних мішеней дезадаптації, що є наслідком соматичної і психічної патології пацієнтів. Окрім корекції актуального стану, відбувалось моделювання, спрямоване на профілактичні цілі, ретельно враховувалась динаміка психопатологічних розладів і пов'язаних із ними змін внутрішньої картини хвороби та стереотипів поведінки у соціальному оточенні.

Когнітивна психотерапія, запропонована Aaron Beck (1979), є короткочасною структурованою терапією, що активно використовує співпрацю між лікарем та пацієнтом для досягнення терапевтичних цілей, внаслідок чого

вона стала одним із ключових елементів у роботі з даними пацієнтами. В процесі нашої співпраці з пацієнтами ми особливу увагу звертали на наступні основні процеси:

1. Усвідомлення впливу думок на емоції та поведінку;
2. Навчитись виявляти негативні автоматичні думки і спостерігати за ними;
3. Досліджувати негативні автоматичні думки і аргументи, їх підтвердження і спростування («за» і «проти»);
4. Замінити помилкові когніції на більш раціональні думки;
5. Виявити і змінити дезадаптивні переконання, що формують сприятливий ґрунт для когнітивних помилок.

Тривалість психотерапевтичної роботи складала близько 6 місяців. Протягом цього часу, використовуючи прийоми, що лежать на перетині когнітивізму, біхевіоризму і психоаналізу, ми прагнули допомогти пацієнтам здобути навички отримання задоволення, закріплення нових знань та здобуття самоповаги. Широко використовувались методи відволікання та рольові ігри. Дані методики ми проводили із поступовим ускладненням та закріпленням завдань. Пацієнтам також було запропоновано домашні завдання у вигляді «щоденників», що сприяло розвитку самоконтролю та напрацювання навичок самостійного подолання труднощів.

Комплекс обстежень проводили на консультативному огляді, по закінченні лікування та у віддаленому періоді (через 6 та 12 місяців). Для поточної оцінки клінічного ефекту здійснюваної терапії обстежували пацієнтів за допомогою шкали Гамільтона на 0-й, 7-й, 14-й, 28-й, 35-й, 42-й день від моменту початку терапії. Редукція симптоматики до 9 і менше балів відзначалась як рівень ремісії, редукція балів на 50% та більше, як виражене покращення, редукція симптоматики на 25-49% - незначне покращення, редукція симптоматики менше ніж 25% - відсутність ефекту або ж рецидив.

У результаті проведеної психокорекційної роботи змінилися показники за шкалою Спілбергера-Ханіна та за шкалою Гамільтона: вирівнялися критерії

співвідношення суб'єктивної та об'єктивної оцінки, спостерігалось зниження рівня показників, що вказували на позитивне встановлення комплаєнсу між пацієнтом і лікарем, з'явилося підвищення мотивації до діяльності у хворих.

Таблиця 1

Ефективність застосування когнітивно-поведінкової психотерапії при тривожно-депресивних розладах у жінок із соматичною патологією

Результат обстеження	Ремісія	Виражене покращення	Незначне покращення	Відсутність ефекту
Після завершення терапії, основна група	85.0 %	13.3%	1.7%	0
Після завершення терапії, група порівняння	71.4 %	17.9%	10.7%	0
Через 6 місяців після завершення терапії, основна група	78.3 %	16.7%	1.7%	3.3%
Через 6 місяців після завершення терапії, група порівняння	53.6 %	32.2%	7.1%	7.1%
Через 12 місяців після завершення терапії, основна група	76.7 %	15.0%	3.3%	5.0%
Через 12 місяців після завершення терапії, група порівняння	50.0 %	28.6%	14.3%	7.1%

Таким чином необхідно відзначити, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексному лікуванні тривожно-депресивного розладу сприяє покращенню загальної ефективності лікування. Дані проведено дослідження свідчать, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії

зменшує ризик виникнення рецидивів тривожно-депресивного розладу, що необхідно враховувати при подальшому лікуванні даної категорії пацієнтів.

1. Александров А. А. Современная психотерапия: курс лекций / А. А. Александров. – Санкт-Петербург: Академический проект, 1997. – 335 с.

2. Грюнвальд Б. Б. Консультирование семьи / Б. Б. Грюнвальд, Г. В. Макаби. – Москва: Когито-Центр, 2004. – 416 с.

3. Исаков Р. И. Состояние семейной адаптации при неврастении у женщин / Р. И. Исаков, Л. О. Герасименко // Медицинская психология. – 2011. – №1 – С. 12-15.

4. Олифирович Н. И. Семейные кризисы: феноменология, диагностика, психологическая помощь / Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – Москва: Обнинск, 2005. – 132 с.

5. Ричардсон Р. Сила семейных уз. Руководство по психотерапии в помощь семье / Р. Ричардсон. – Санкт-Петербург: Акцидент, 1997. – 136 с.

6. Соколова Е. Т. Психотерапия: теория и практика / Е. Т. Соколова – Москва: Академия, 2002. – 368.

7. Сексуальна дисгармонія подружньої пари, в якій чоловік хворіє епілепсією, та вплив біологічних ритмів на її перебіг / А. М.Скрипніков [та ін.] // Психічне здоров'я. – 2013. – № 1-2. – С. 22-25.

8. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений: курс лекций / Л. Б. Шнейдер. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. – 512 с.